

**SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA ARBOVIROSI**

Regione \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_

Data di segnalazione: gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_|

Data intervista: gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_|

**Informazioni sul caso**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Sesso: M  F  Data di nascita gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_|

Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Comune Provincia Stato

Domicilio abituale: \_\_\_\_\_  
Via/piazza e numero civico Comune Provincia

Nazionalità \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Permanenza **all'estero o in Italia** nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi dove la potenziale esposizione si è verificata: SI  NO

	Stato Estero/Comune	data inizio	data fine
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

Indicare i **luoghi di lavoro o ricreativi** (dove si sono trascorse più di 5 ore diurne al giorno) frequentati nei 7 giorni successivi all'insorgenza dei sintomi:

Via/piazza e numero civico _____	Comune _____	Provincia _____
Via/piazza e numero civico _____	Comune _____	Provincia _____
Via/piazza e numero civico _____	Comune _____	Provincia _____

Contatto con altri casi nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi SI  NO

Se si specificare i nominativi ed i relativi contatti:

Anamnesi positiva per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione SI  NO

Anamnesi positiva per donazione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione SI  NO

Vaccinazioni nei confronti di altri Flavivirus:

Tick borne encephalitis S N  Non noto; Febbre Gialla S N Non noto; Encefalite Giapponese S N  Non noto

Gravidanza SI  NO  se sì: settimane |\_\_|

**Solo per Zika:**

rapporti sessuali con partner maschile (anche asintomatico) che ha viaggiato in aree endemiche/epidemiche SI  NO

**Informazioni cliniche**

Data inizio sintomatologia gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_|

Ricovero SI  NO  se sì, Data ricovero gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_| Data dimissione gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_|

Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto: \_\_\_\_\_ UTI: SI  NO

Se ricovero no, visita: MMG/PLS/Guardia Medica  Pronto Soccorso

Segni e sintomi	SI	NO	NN	SI	NO	NN
Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolore retro-orbitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningo-encefalite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congiuntivite non purulenta /iperemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri segni e sintomi _____						

COMUNE DI MONTE PORZIO CATONE - arrivo - Prot. 105667/PROT del 03/07/2018 - titolo VI - classe 09

ASL RM6 PROTOCOLLO ESTERNO ENTRATA 0036057/2018 con data: 25/06/2018 12:29:28

COMUNE DI MONTE PORZIO CATONE - arrivo - Prot. 10567/PROT del 03/07/2018 - titolo VI - classe 09

ASL RM6 PROTOCOLLO ESTERNO ENTRATA 0036057/2018 con data: 25/06/2018 12:29:28

**Rilevazione di eventi correlabili a un'infezione da Zika virus:**

Sindrome di Guillain-Barré o altre polineuriti, mieliti, encefalomieliti acute o altri disturbi neurologici gravi: SI  NO

Data di insorgenza gg | | mm | | aa | | | | |

Segni di malformazione in nati da madre esposta: SI  NO

Data rilevazione gg | | mm | | aa | | | | | Età gestazionale in settimane | | |

Tipo di malformazione: \_\_\_\_\_

Metodo di rilevazione: \_\_\_\_\_

Esito della gravidanza: Nato vivo  Nato morto  Aborto spontaneo  IVG  Data gg | | mm | | aa | | | | |

Se gravidanza a termine: Cognome neonato \_\_\_\_\_ Nome neonato \_\_\_\_\_

**Test di laboratorio**

**Ricerca anticorpi IgM nel siero**

Data prelievo | | | | | | | | | Tipo metodica usata: \_\_\_\_\_

Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_ Titolo Zika \_\_\_\_\_ Titolo Altro \_\_\_\_\_

Dengue POS  NEG  Dubbio  Chikungunya POS  NEG  Dubbio  Zika POS  NEG  Dubbio

Altro \_\_\_\_\_ POS  NEG  Dubbio

**Ricerca anticorpi IgG nel siero**

Data prelievo | | | | | | | | | Tipo metodica usata: \_\_\_\_\_

Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_ Titolo Zika \_\_\_\_\_ Titolo Altro \_\_\_\_\_

Dengue POS  NEG  Dubbio  Chikungunya POS  NEG  Dubbio  Zika POS  NEG  Dubbio

Altro \_\_\_\_\_ POS  NEG  Dubbio

**Identificazione antigene virale**

Data prelievo | | | | | | | | | Tipo metodica usata: \_\_\_\_\_

Dengue (NS1) \_\_\_\_\_ POS  NEG  NN

**Test di neutralizzazione**

Data prelievo | | | | | | | | | Titolo \_\_\_\_\_

**PCR**

Siero	Saliva	Urine
Data prelievo	Data prelievo	Data prelievo
<u>Dengue</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Dengue</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Dengue</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>
<u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>
<u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>
<u>Altro</u> _____ POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Altro</u> _____ POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Altro</u> _____ POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>

Isolamento virale (specificare materiale: siero  e/o saliva  e/o urine

Data prelievo | | | | | | | | |

Dengue POS  NEG  Dubbio  Chikungunya POS  NEG  Dubbio  Zika POS  NEG  Dubbio

Altro \_\_\_\_\_ POS  NEG  Dubbio

Se Dengue, specificare tipo: DENV1 DENV2 DENV3 DENV4

<b>Classificazione di caso:</b>	Chikungunya:	POSSIBILE <input type="checkbox"/>	PROBABILE <input type="checkbox"/>	CONFERMATO <input type="checkbox"/>	NON CASO <input type="checkbox"/>
	Dengue:	POSSIBILE <input type="checkbox"/>	PROBABILE <input type="checkbox"/>	CONFERMATO <input type="checkbox"/>	NON CASO <input type="checkbox"/>
	Zika:	POSSIBILE <input type="checkbox"/>	PROBABILE <input type="checkbox"/>	CONFERMATO <input type="checkbox"/>	NON CASO <input type="checkbox"/>
	Altre Arbovirosi, specificare: _____				
<b>Tipo caso:</b>	IMPORTATO <input type="checkbox"/>			AUTOCTONO <input type="checkbox"/>	

**Note (scrivere in stampatello):**

\_\_\_\_\_

Data di compilazione gg | | mm | | aa | | | | |  
Operatore sanitario che ha compilato la scheda (timbro e firma)

<b>ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE</b>
--

La scheda va compilata per tutti i casi probabili o confermati di Chikungunya, Dengue, Zika e altri Arbovirus

Flusso di trasmissione per i casi che insorgono nel periodo di attività del vettore:

Medico → entro 12h → ASL	Dipartimento Prevenzione ASL → immediatamente → Regione	Regione → entro 12h → Ministero Salute/ ISS
--------------------------	---	---

Flusso di trasmissione per i casi che insorgono nel periodo di ridotta attività del vettore:

Medico → entro 24h → ASL	Dipartimento Prevenzione ASL → solo casi confermati – periodicità mensile → Regione	Regione → solo casi confermati – periodicità mensile → Ministero Salute/ ISS
--------------------------	---	--

Inviare a: - Ministero della Salute: via fax: 06/5994.3096 o via mail a [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it); - Istituto Superiore di Sanità, via fax: 06/44232444 – 06/49902813 o via email a [sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it](mailto:sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it);